



CUMBERLAND COUNTY
DEPARTMENT OF
**WORKFORCE
DEVELOPMENT**

Formulario de Queja. Titulo VI

Nota: La siguiente información es requerida para procesar su queja.

A. información del denunciante:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Numero de teléfono (Casa): _____
Numero de teléfono (Trabajo): _____
Correo electrónico: _____

Requerimientos de formato accesible (Seleccione una o más opciones si es aplicable)

- Impreso
- TDD
- Audio
- Otro

B. Persona que fue afectada (si es diferente a quien realiza la queja):

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Numero de teléfono (Casa): _____
Numero de teléfono (Trabajo): _____
Correo electrónico: _____

Qué relación tiene con la persona por la que usted hace la queja: _____

Explique por qué usted realiza la queja por alguien más: _____

Por favor confirme que usted tiene el consentimiento de la persona afectada para realizar esta queja.

- Si
- No

C. ¿Cuál fue las siguientes opciones describe mejor la razón por la que usted piensa que fue discriminado?

- Raza
- Color
- Nacionalidad

Otro: _____

D. ¿Cuándo sucedió?

Fecha: _____

